ITEM 287 : DIVERTICULOSE COLIQUE ET DIVERTICULITE SIGMOÏDIENNE AIGUË

- **Diverticule colique** = hernie acquise de la muqueuse et de la sous-muqueuse à travers une zone de faiblesse de la paroi musculaire du côlon ➞ localisation prédominante dans le côlon sigmoïde (mais possibles dans tout le côlon sauf le rectum).
- **Diverticulose du côlon** : plusieurs diverticules, asymptomatique.
- **Maladie diverticulaire** : **diverticulite** colique simple = **sigmoïdite** (inflammation/infection d'un diverticule) ou **compliquée** (abcès, fistule, péritonite, sténose pseudo-tumorale), **hémorragie** d'origine diverticulaire.
- Diverticulose : prévalence **20-35 %**, très rare < 30 ans, fréquence ↗ **avec l'âge** (50 % à 50 ans, 70 % > 85 ans), **sex-ratio = 1.**
- Prédominante dans les pays développés (Europe occidentale/Amérique du nord) : régime pauvre en fibres.
- FDR : tabac, obésité, constipation, sédentarité, régime pauvre en fibre.

DIVERTICULOSE NON COMPLIQUEE

= **Asymptomatique**, découverte fortuite sur une coloscopie ou un TDM TAP ➞ **Aucun TTT.**
- Complications de la diverticulose : Diverticulite, Hémorragie diverticulaire.
- Épidémiologie : + fréquente en Europe occidentale et Amérique du nord (régime + pauvre en fibres → troubles moteurs intestinaux → contractions excessives et pressions liées au faible volume du bol fécal).
- Physiopathologie : tabac, obésité, tendance à la constipation, sédentarité seraient des facteurs impliqués.

DIVERTICULITE

= Rare < 30 ans, risque maximal entre 60 et 70 ans.
- Évoqué cliniquement, **confirmé par scanner.**
- Aucun traitement ou mesure diététique préventive connue.
- Médicaments « diverticulo-toxiques » favorisants la diverticulite et ses complications (masquent les symptômes initiaux) : **AINS** (à ne pas prescrire si doute diagnostique de diverticulite), **corticoïdes, immunosuppresseurs.**

Forme habituelle

SF
- **Douleur en fosse iliaque gauche +++.**
- **Trouble du transit** : **constipation**, parfois diarrhée.
- **Fièvre.**
- **SFU fréquents** (pollakiurie, dysurie) par irritation de proximité, mais **évoquer une fistule sigmoïdo-vésicae** si brûlure mictionnelle/pneumaturie/fécalurie avec ECBU plurimicrobien et leucocyturie.

SP
- **Défense en fosse iliaque gauche** (suspicion d'abcès) voire **contracture** (suspicion de péritonite).
- **Douleur à la décompression abdominale brutale** (= irritation péritonéale, suspicion d'abcès).

Bio
- **NFS/CRP/Créatinine : Syndrome inflammatoire** (↗ CRP, hyperleucocytose (> 10 0000/mm^3) à PNN).

PC

TDM abdomino-pelvienne avec injection
- **En urgence**, *sans opacification digestive basse.*
- **Confirme le diagnostic** : épaississement de la paroi colique > 4 mm avec infiltration de la graisse péri-colique et présence locale de diverticules.
- **Complications** :
  - **Perforation** +++ : pneumopéritoine, fuite de PDC possible.
  - **Abcès péri-sigmoïdien +++** : collection liquidienne +/- aérienne.
  - **Fistule sigmoïdo-vésicale** : gaz dans les voies urinaires.

- Imagerie discutée **à chaque épisode** (scanner abdomino-pelvien injecté).
- Non indiqué : échographie, ASP, IRM, lavement opaque.
- Contre-indiqué en contexte aigu : **lavement baryté**, **coloscopie conventionnelle**, **coloscopie virtuelle.**

DD
- Douleur **colique** : appendicite ectopique, cancer du côlon abcédé, colite ischémique ou bactérienne, MICI.
- Douleurs **extracoliques** de la **FIG** : salpingite, grossesse extra-utérine.

TTT

Critères d'hospitalisation Reco 2018 +++
- **Mauvaise tolérance clinique** : signe d'irritation péritonéale, hydratation orale impossible, absence d'amélioration après 48-72 h de traitement.
- **Contexte social** : impossibilité de surveillance ambulatoire.
- **Gravité** : signes de complication TDM.

TTT symptomatique

= TTT symptomatique **sans antibiotiques** en ambulatoire.

Recommandé si

Diverticulite non-compliquée confirmée au scanner et :
- Pas de **signe de gravité** (dont PAS ≤ 100 mmHg, FR ≥ 22, confusion).
- Pas **d'immunodépression** congénitale/acquise (dont immunosuppresseur, corticothérapie, cancer évolutif, IR terminale).
- Pas de **score ASA > 3** : comorbidité grave ou patient moribond.
- Pas de **grossesse.**
- Contexte social favorable.

			Antibiothérapie Reco 2018 +++	= Actif sur les bactéries coliques aérobies (**BGN**, **entérocoque**) et anaérobies. **- TTT per os ambulatoire** si échec du TTT symptomatique. **- TTT IV hospitalier** si signe de gravité, grossesse, ASA > 3, immunodépression.	
				Ambulatoire	- **Augmentin®** en 1ère intention pendant **7 jours.** - Si allergie : **Fluoroquinolone** + **métronidazole** pendant **7 jours.**
				Hospitalier	- Par voie IV : **Augmentin®** ou **C3G + métronidazole.** - Si allergie : **Fluoroquinolone + métronidazole** (IV). - Relai oral : **Augmentin®** ou **Fluoroquinolone + métronidazole.**
			Mesure associée	**- Régime alimentaire non restrictif, sans résidu pendant la phase aiguë.**	
		Complications	**Classification de Hinchey** (clinico-radio)	- **Stade Ia** : phlegmon péricolique. **- Stade Ib** : abcès péricolique. - **Stade II** : abcès pelvien, abdominal, rétropéritonéal (péritonite localisée). - **Stade III** : péritonite généralisée purulente. - **Stade IV** : péritonite stercorale (perforation).	
			Abcès Ib et II	= Complique **30 %** des diverticulites sigmoïdiennes. **- Traitement** par ATB IV seule (7 j) si abcès petit (< 3 cm)/non-drainable, ou drainage percutané (voire chirurgie si échec du drainage). **- Coloscopie et sigmoïdectomie** recommandées à distance.	
			Péritonite III et IV	= **Péritonite purulente** ou **fécale** : fuite extra-digestive d'air/produit de contraste à la TDM. - Tableau en 2 temps : **abcès** (douleur/défense localisées fébriles) puis **péritonite généralisée** (**contracture diffuse**, TR douloureux, sepsis +/- sévère si péritonite stercorale, iléus réflexe). ➞ **Urgence chirurgicale** : ATB IV + Hartmann (si haut risque) ou résection-anastomose. **Si forme perforée sans péritonite = perforée-bouchée :** surveillance rapprochée + ATB + repos dig.	
			TTT si complication	- Hospitalisation systématique. - Antibiothérapie IV active sur les aérobies & anaérobies, 7-15 jours selon le terrain et l'évolution : • **Augmentin + gentamicine.** • Ou **C3G** (céfotaxime, ceftriaxone) **+ métronidazole.** • Si allergie aux bêtalactamines : **lévofloxacine + gentamicine + métronidazole.** - **Drainage radiologique** si abcès drainable. - **Chirurgie** en urgence si péritonite ou échec du TTT) : • **Intervention de Hartmann** (colectomie gauche/sigmoïdectomie avec colostomie d'amont terminale et suture du segment inférieur) si **instabilité hémodynamique ou comorbidité sévère** (ASA > 3, insuffisance rénale terminale, immunodépression). • Sinon : **résection sigmoïdienne élective** avec **iléostomie** pour protection de l'anastomose.	
			Fistule	= Rare (< 10 % des cas) : vers la vessie (homme) ou vers le vagin (femme hystérectomisée). - **Fistule colo-vésicale** : **SFU** (pollakiurie), **pneumaturie**, ou **fécalurie** (pathognomonique) et/ou **infections urinaires** à distance de l'accès de diverticulite ➞ TTT chirurgical. • **TDM :** air dans la vessie, fuite du PDC digestif dans la vessie. • **TTT chirurgical** : résection anastomose en 1 temps par cœlioscopie. - **Fistule colo-vaginale** (rare, uniquement en cas d'hystérectomie) : **infections vaginales** récidivantes, **émission de gaz/matière.**	
			Sténose	**Sténose inflammatoire**	= Sténose sigmoïdienne : - Régression habituellement sous antibiothérapie.
				Pseudo-tumeur inflammatoire	- Sténose symptomatique : **sub-occlusion.** - **TDM** : sténose typiquement centrée, progressive, à bords réguliers. ➞ Parfois très difficile à différencier d'un cancer : sténose excentrée à bords irréguliers, raccordée au colon en angle aigu. - **Coloscopie** généralement non contributive en aigu (sténose infranchissable) : réalisée à distance après refroidissement médical de la poussée. - Diagnostic souvent réalisé après **sigmoïdectomie** pour suspicion de tumeur.
				Sténose sigmoïdienne sèche, fibreuse	= À distance de poussées itératives de diverticulite : plus rare. - **Occlusion incomplète** (syndrome de Koenig) puis **occlusion complète.** - TDM : diagnostic différentiel avec un cancer colique. - TTT : **intervention chirurgicale** → anapath élimine le cancer.

<table>
<tr><td rowspan="4">Prise en charge après diverticulite</td><td colspan="2">Diverticulite aiguë d'évolution favorable : <u>Pas de surveillance</u> (ni TDM, ni bio).
Coloscopie si dépistage de CCR, doute diagnostic au TDM, après un épisode de **diverticulite compliqué.**</td></tr>
<tr><td>Pas de TTT médical</td><td>➙ **Aucune mesure** diététique/médicale (dont probiotique) n'est recommandée.
- **Corticoïdes** et **AINS** <u>déconseillés</u> : aggrave le risque de lésions infectieuses sévères.</td></tr>
<tr><td>**TTT chirurgical**
Reco 2018 +++</td><td>**- Résection élective sigmoïdienne prophylactique**, recommandé si :
• Diverticulite compliquée (**abcès++**), fistule, sténose symptomatique.
• Patient immunodéprimé ou insuffisant rénal chronique.
• Symptômes persistants ou récidives fréquentes : **impact sur la qualité de vie.**
/!\ Pas recommandée après plusieurs poussées non-compliquées ou < 50 ans.

- **Coloscopie pré-opératoire systématique** pour éliminer un CCR synchrone.
- Modalités : **≥ 2 mois** après un épisode de diverticulite, au mieux sous **coelioscopie.**
- Résection limité au sigmoïde en emportant la charnière recto-sigmoïdienne.
- Iléostomie de protection si péritonite ou patient instable ou à risque de complications.</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">HEMORRAGIE DIVERTICULAIRE</td><td colspan="2">= Hémorragie souvent brutale, par <u>érosion d'artérioles du collet</u> ou du fond du diverticule.
- Représente 1/3 des hémorragies basses soudaines de sang rouge, homme/femme de >60 ans.
- **Survenue indépendante d'une poussée de diverticulite ou d'un effort d'exonération.**
- Hématochézie (sang rouge avec caillots) voire méléna (si diverticule en amont de l'angle colique gauche).
- **Retentissement hémodynamique** variable : attention si tachycardie précédant les signes de choc.
- **Cesse spontanément** dans **80** % des cas.
- Récidive = **15 %** après 1 épisode et **50 %** après 2 épisodes ➙ **chirurgie prophylactique** en cas d'épisode récidivant.
- Surrisque si **trouble de la coagulation** inné/acquis (AINS, antiagrégants/anticoagulants).
- **Examen proctologique** : ne pas méconnaitre une cause ano-périnéale évidente.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td>- Si **retentissement hémodynamique** : **endoscopie oeso-gastroduodénale** (recherche de DD).
± **Scanner abdomino-pelvien injecté** : rarement indiqué (si retentissement hémodynamique sans cause digestive haute retrouvée à l'EOGD), puis **coloscopie rapide** (diagnostique +/- hémostatique).
- Si pas de retentissement sévère : **coloscopie totale < 72 h** avec possible geste d'hémostase.</td></tr>
<tr><td>TTT si hémorragie abondante/mal tolérée</td><td>= Dépend du retentissement hémodynamique et des besoins transfusionnels.
- **Soins de support** : hospitalisation en USI, remplissage, transfusion, amines.
- **Hémostase** : électrocoagulation, injection **adrénalinée**/clip lors de la coloscopie si saignement actif.
- **Embolisation radiologique** si état hémodynamique instable ou dépendance transfusionnelle (> 6 culots).
- **Chirurgie** si échec/impossibilité de TTT endoscopiques/radiologiques et nécessité de transfusion massive : **colectomie segmentaire** (si localisation connue) ou **colectomie totale** (si localisation inconnue et diverticules coliques diffus).</td></tr>
</table>